

# Beschluss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mindestmengenregelungen: Änderungen in §§ 4 und 5 zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages gemäß § 136b Abs. 5 Satz 6 SGB V sowie weitere Anpassungen

Vom 16. Juni 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. Juni 2022 beschlossen, die Mindestmengenregelung (Mm-R) in der Fassung vom 21. März 2006 (BAnz. Nr. 143, S. 5389), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 16. Dezember 2021 (BAnz AT 23.02.2022 B1) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Dem § 1 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Gemäß § 136b Absatz 5 Satz 6 zweiter Halbsatz SGB V legt der G-BA Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger getroffenen Prognose fest.“

II. § 4 wird wie folgt geändert:

1. Nach Absatz 3 wird wie folgender Absatz 4 eingefügt:

„(4) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen müssen für Krankenhausstandorte in ihrer Zuständigkeit ab der Prognose für das Kalenderjahr 2023 bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit die vom Krankenhausträger getroffene Prognose gemäß § 136b Absatz 5 Satz 6 erster Halbsatz SGB V durch Bescheid widerlegen (Entscheidung). Begründete erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der vom Krankenhausträger getroffenen Prognose liegen in der Regel vor, wenn beispielsweise

1. die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 nicht erreicht wurde und auch unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß Absatz 2 Satz 2 bis 4 konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen.
2. die maßgebliche Mindestmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 nicht erreicht wurde, sich die vom Krankenhausträger getroffene Prognose ausschließlich auf die erreichte Leistungsmenge im Zeitraum gemäß Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 stützt und unter Berücksichtigung aller weiteren Kriterien gemäß Absatz 2 Satz 2 Nummern 3 und 4 und Satz 3 konkrete, objektive Umstände der Richtigkeit der getroffenen Prognose widersprechen.

Die Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel nach Satz 2 finden ab den Prognosen für das Kalenderjahr 2024 Anwendung.“

2. Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5.

III. § 5 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Prognose des Krankenhausträgers ist den für den jeweiligen Standort zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß Absatz 2 und 3 bis spätestens zum 7. August des laufenden Kalenderjahres zu übermitteln. Als Adressaten für die schriftliche Übermittlung werden die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die zuständigen Ersatzkassen nach Satz 1 in einem Verzeichnis geführt, das der GKV-Spitzenverband jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres auf seiner Internetseite veröffentlicht. Das Verzeichnis nach Satz 2 enthält die Namen und Adressen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, die zuständigen Abteilungen sowie die entsprechenden E-Mail-Adressen. Das IQTIG führt ein Verzeichnis der Datenannahmestellen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, welches für die elektronische Übermittlung in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation verwendet wird. Das Verzeichnis nach Satz 4 enthält die Bezeichnungen der Kassenarten, die Datenannahmestellen mit Namen, Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse für allgemeine Kontaktaufnahmen bezogen auf die elektronische Datenübermittlung, die Zuordnung des regionalen Zuständigkeitsbereiches der Datenannahmestellen je Landesverband der Krankenkassen oder Ersatzkassen, das Institutskennzeichen (jeweils logisch und physikalisch) sowie die zur Datenübermittlung verbindlich zu verwendenden E-Mail-Adressen für die Datenannahme.“

2. In Absatz 2 Buchstabe d) werden nach den Wörtern „aussagekräftige Belege“ die Wörter „wie *beispielsweise* Nachweise zu Arbeitsverhältnissen und Qualifikationen von eingestelltem Personal, Dokumentationen von Baumaßnahmen“ eingefügt.

IV. § 6 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Krankenhausträger hat vorab die beabsichtigte Erbringung einer Leistung nach Absatz 1 den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich gemäß dem Verzeichnis nach § 5 Absatz 1 Satz 2 und 3 oder elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation mitzuteilen.“

2. Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Das Krankenhaus muss bis spätestens sechs Monate nach dem gemäß Satz 2 Buchstabe c beabsichtigten Beginn der Leistungserbringung mindestens eine Leistung nach Absatz 2 Satz 2 Buchstabe b erbringen.“

3. Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Mit der ersten innerhalb der Frist gemäß Absatz 2 Satz 4 erbrachten Leistung beginnt ein Zeitraum von zwölf Monaten, in dem das Krankenhaus zur Leistungserbringung berechtigt ist. Das Krankenhaus hat in diesen zwölf Monaten mindestens 50 Prozent der in den Monaten 13 bis 24 ab erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung geltenden Mindestmenge zu erfüllen. Erstreckt sich der Zeitraum der Monate 13 bis 24 über zwei Kalenderjahre, in denen unterschiedliche Mindestmengen gelten, bemisst sich die in Summe mindestens zu 50 Prozent zu erfüllende Mindestmenge nach Satz 1 anteilig nach der Anzahl der Monate und der geltenden Mindestmengen in dem jeweiligen Kalenderjahr. Die Ermittlung der

Leistungsmenge nach Satz 1 oder Satz 2 beginnt zum 1. des Monats, in dem die betreffende Leistung das erste Mal erbracht wurde. Der Krankenhausträger übermittelt schriftlich gemäß dem Verzeichnis nach § 5 Absatz 1 Satz 2 und Satz 3 oder elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation die Leistungsmenge nach Satz 1 oder Satz 2 bis spätestens zum 15. des auf die ersten zwölf Monate folgenden Monats an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Der Eingang wird durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gegenüber dem Krankenhausträger schriftlich oder elektronisch in maschinenlesbarer Form auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation innerhalb von drei Wochen bestätigt.“

4. Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Erfüllt der Krankenhausstandort nachweislich die nach Absatz 3 Satz 2 oder Satz 3 geforderte Leistungsmenge, besteht für den unmittelbar folgenden 12-monatigen Zeitraum (Monate 13 bis 24) die Berechtigung zur Leistungserbringung fort; andernfalls endet die Leistungsberechtigung.“

V. In der Anlage (Katalog der Prozeduren und Leistungen in der OPS Version 2022) wird die Übergangsregelung der Nummer 4 „Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene – jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 20“ wie folgt gefasst:

**„Übergangsregelung**

Für die Berechnung der Leistungsmenge nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 oder § 6 Absatz 3, Absatz 4 und Absatz 6 von Leistungen aus dem Kalenderjahr 2021 und den ersten zwei Quartalen des Kalenderjahres 2022 sind neben den unter Nummer 4 der Anlage aufgeführten OPS-Kodes auch die OPS-Kodes 5-525.3 und 5-525.4 anrechenbar. Übergangsweise sind die anrechenbaren OPS-Kodes nach Satz 1 einzeln als jeweils eine erbrachte Leistung zur Erfüllung der Mindestmenge zu berücksichtigen.

Bis einschließlich zum 30. Juni 2023 nutzen Krankenhausträger zur Übermittlung der Leistungsmenge nach § 6 Absatz 3 und der Prognosen nach § 6 Absätze 4 und 6 Mm-R übergangsweise abweichend von § 5 Absatz 3 Satz 1 Mm-R die schriftliche Form.

In den Kalenderjahren 2022 und 2023 gilt übergangsweise jeweils eine Mindestmenge von 10 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses. Im Kalenderjahr 2024 gilt übergangsweise eine Mindestmenge von 15 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses.“

VI. Die Änderungen der Regelung gemäß Ziffern I bis IV treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger, die Änderungen gemäß Ziffer V treten mit Wirkung vom 1. Januar 2022 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 16. Juni 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken